

El/La Sr./Sra. _____, amb
DNI/NIE/Pass. _____ com a representant legal de
_____, de _____ curs d'Educació
(Infantil/Primària/Secundària) _____

DECLARA

☐ Que en/na _____ **NO TÉ CAP
AL·LÈRGIA, NI INTOLERÀNCIA CONEGUDA.**

☐ 1. Que en data _____, el doctor/a _____,
núm. Col·legiat _____ ha diagnosticat la següent al·lèrgia/intolerància/malaltia al
meu fill/a _____.

2. Que acredita el diagnòstic amb una còpia testimoniada autèntica de la prescripció
facultativa.

3. Que, tenint en compte el diagnòstic i a fi de prevenir possibles incidències en la salut
d'en/na _____, **s'han de
prendre les següents precaucions:** (posar-hi totes les indicacions que hagi fet constar
el metge o, en el seu cas, ***"S'adjunta l'informe de data ----- avui vigent"***)

4. Que, en cas que es presenti una crisi, el facultatiu ha prescrit que s'administri al menor
la dosi _____ del medicament _____,
d'acord amb el contingut de la còpia testimoniada de la prescripció i el protocol
d'actuació que acompanyem amb la present instància i, en cas de qualsevol incidència
que pugui sorgir per causa de l'administració prescrita, se'n fa l'únic responsable.

DEMANA

- Que, en cas d'emergència, es procedeixi segons les indicacions donades pel personal sanitari i la pauta mèdica presentada.
- Que, en cas imprevist, es proporcioni al/la meu/va fill/a assistència sanitària el més aviat possible.
- Si cal, es prenguin totes les mesures necessàries per evitar el contacte del meu fill/a amb l'agent al·lèrgic.

Col·legi Dr. Masmitjà és un centre concertat per la Generalitat de Catalunya pertanyent a la xarxa d'escoles de la Fundació Educativa Cor de Maria.

Protecció de dades

Responsable del tractament: Fundació Educativa Cor de Maria, carrer de la Riera nº 31, àtic (Mataró). Finalitat: Les dades es faran servir per gestionar la vostra sol·licitud. Drets: Podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament, portabilitat de les dades, a no estar sotmes a decisions individuals automatitzades i a la revocació. Per exercir els anterior drets heu de dirigir-vos a la direcció del responsable del tractament. Més informació sobre la política de protecció de dades: <https://www.cordemaria.cat/politica-de-privacitat/>

- **Que, en substitució i per ordre del representant legal del/de la menor**, en cas de contacte amb agent al·lèrgic, accident o d'emergència, s'administri la medicació prescrita pel doctor _____ en data _____. A tal fi s'aporten els següents documents i informació (verificar i marcar cada element en la següent llista de comprovació):
 - **Recepta mèdica**, signada per un metge col·legiat a Espanya, en la qual sigui llegible:
 - Nom del/ de la pacient
 - Medicament pautat
 - Indicacions per a l'administració
 - Condicions especials de conservació del medicament, si n'hi hagués.
 - Instruccions per a l'administració segura del medicament, en especial:
 - La dosi concreta que s'ha d'administrat.
 - Quan s'ha d'administrar (s'han d'especificar signes o símptomes concrets que indiquen si és precís administrar la medicació.
 - A quina o quines hores s'ha d'administrar en cas que es segueixi una pauta horària.
 - **La via d'administració**:
 - Oral
 - Rectal
 - Òtica dret / esquerra (marcar el costat que correspongui)
 - Oftàlmica dret / esquerra (marcar el costat que correspongui)
 - Subcutània / intramuscular: s'ha d'injectar en _____ (indicar el lloc de punció: per exemple cuixa, abdomen, ...)
 - Altres vies d'administració _____ (especificar la via d'administració i, si cal, la part del cos)
 - **Precaucions especials** que s'han de tenir en compte a l'hora d'administrar el medicament.
 - **Cures bàsiques abans i després d'administrar el medicament.**
- **Que, en qualsevol cas**, tan aviat com sigui possible, se m'informi de totes les incidències i de les mesures aplicades per qualsevol conducta i, en cas de que no se'm pugui localitzar, s'envii un correu a _____@_____.

A _____ el dia ____ de _____ de 20 ____

El/la representant legal